

Casos clínicos

PO-163-CC

HIPOTIROIDISMO Y PSICOSIS

M. Salinas, V. Barrau, S. Yelmo, J. Monzón y F.J. Trujillo
Hospital Universitario de Canarias.

Introducción: El hipotiroidismo es una patología orgánica comúnmente encontrada en variedad de entornos médicos. Las presentaciones clínicas derivadas de la deficiencia de hormona tiroidea en el organismo incluyen tanto síntomas somáticos como psiquiátricos. Entre estos últimos los más comunes son los trastornos afectivos, disfunciones cognitivas y psicosis.

Objetivos: Estudiar la posible relación entre la sintomatología psicótica e hipotiroidismo secundario a tratamiento con radioyodo que presenta nuestro caso clínico, haciendo una revisión bibliográfica de dicha relación.

Metodología: Presentaremos el caso clínico de una paciente, sin antecedentes psiquiátricos de interés, que ingresa en nuestra planta de Psiquiatría con un diagnóstico de episodio psicótico agudo. Durante el mismo se le diagnostica un hipotiroidismo secundario a tratamiento con radioyodo (que precisó seis meses antes por una enfermedad de Graves-Basedow), y nos planteamos la posibilidad de que sea esta disfunción tiroidea la causa de la clínica psiquiátrica.

Resultados: Tras instauración de tratamiento neuroléptico con risperidona a dosis crecientes (hasta 9 mg/día), se observa mejoría clínica, atenuándose la sintomatología psiquiátrica (alucinaciones olfativas, vivencias autorreferenciales y componente delirante de perjuicio centrado en el entorno vecinal). A su vez se instaura tratamiento suplementario con hormona tiroidea por parte del Servicio de Interconsultas de Endocrinología, sin conseguir en el momento del alta la normalización de la función hormonal.

Conclusiones: En nuestra paciente no podemos establecer una relación definitiva entre la clínica psicótica y la disfunción tiroidea, ya que a los seis meses del tratamiento sustitutivo todavía no se había normalizado por completo la función hormonal, y la paciente se encontraba psicopatológicamente estable (aunque se mantenía tratamiento neuroléptico con quetiapina 600 mg/día). No hay duda de que la hormona tiroidea desempeña un papel fundamental en la regulación del estado anímico, la cognición y el comportamiento; la gran variedad de presentaciones físicas y psiquiátricas que podemos encontrar en esta disfunción endocrina puede dificultar un correcto diagnóstico, y por tanto un adecuado tratamiento. Es necesario no obviar dicha función endocrina y realizar un examen de tiroides en todo paciente psiquiátrico.

PO-169-CC**UN CASO DE DISMORFOFÓBIA**

S. Hernández Campos, J.M. Bertolín Guillén, G. Esteve Blasco, E. Ferrer Sánchez, A.I. Sanz Santos y C. López Martínez
Hospital Arnau de Vilanova.

Introducción: El trastorno dismórfico corporal es una entidad psiquiátrica poco frecuente (0,7-1% en la comunidad) que se asocia con una notable comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas. Los profesionales de la estética con los que los pacientes se ponen inicialmente en contacto lo conocen poco, por lo que tampoco lo reconocen, y acaban siendo con frecuencia objeto de prácticas estéticas innecesarias, costosas e insatisfactorias. Resulta un tema de actualidad en una época en que la sociedad occidental ha elevado de forma apreciable el listón de la exigencia estética.

Objetivos: Dentro del objetivo general de aumentar el reconocimiento del trastorno dismórfico corporal, dar a conocer un caso. Revisar los problemas diagnósticos que plantea, así como las opciones terapéuticas. Aportar unas directrices diagnósticas para los profesionales no especialistas en salud mental.

Metodología: Entrevista, exploración y seguimiento del paciente. Revisión de la bibliografía principal en los aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos.

Resultados: Descripción del caso: clínica, repercusión funcional y evolución. Descripción de los principales hallazgos de la revisión bibliográfica. Se elabora una guía para el reconocimiento de la entidad por parte de profesionales no especialistas en salud mental, y también para el diagnóstico diferencial para los que lo son.

Conclusiones: 1. El trastorno dismórfico corporal es infrecuente y poco conocido. 2. El trastorno plantea dificultades de diagnóstico diferencial sobre todo con trastornos psicóticos y con trastornos obsesivos. 3. El insuficiente conocimiento de esta entidad por parte de los profesionales de la estética tiene repercusiones gravosas para el paciente. 4. Se trata de una entidad que es terapéuticamente sensible a intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas.

PO-178-CC**UN CASO DE PSICOTERAPIA BREVE PARA TCA**

D.C. de la Vega, A. Alonso, R. Claudia y P. Sánchez
Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción: Los TCA son un grupo de trastornos con cada vez una mayor impacto en los servicios de salud mental. El manejo de los mismos casi siempre es complicado, requiriendo un tratamiento multidisciplinar que en ocasiones, por la disponibilidad de recursos no es posible. A continuación describimos un caso que tras unas breves sesiones experimentó una notable mejoría a través de una psicoterapia de apoyo.

Objetivos: Exponer mediante un caso clínico el uso de la psicoterapia breve de apoyo realizada de forma ambulatoria puede mejorar la clínica de un TCA.

Metodología: Exposición de un caso clínico mediante el repaso de la historia clínica y búsqueda bibliográfica.

Resultados: Mujer de 27 años ingresada en la unidad de TCA por un cuadro de una anorexia atípica con importante componente de somatización. Desde muy temprana edad había presentado clínica digestiva consistente en dolores localizados en epigastrio continuos durante el día, especialmente 1-2 horas después de comer. Debido a esta clínica se le han realizado todo tipo de estudios (biopsias, imagen, endoscopias...) y tratamientos ambulatorios y hospitalarios, sin obtener mejoría alguna. Sus padres tomaron mucho interés en aclarar la clínica de su hija y "peregrinaron" por especialistas de toda Europa. Sin embargo, nunca había contactado con psiquiatría, ingresando en nuestra unidad a través del servicio de interconsulta psiquiátrica. Durante el encuentro inicial, se hizo notable la estrecha relación existente entre la madre y la paciente, describiendo en entrevistas posteriores una importante dependencia hacia su proge-

nitora a quien informaba en todo momento del estado de sus síntomas digestivos.

Conclusiones: Tras promover cierta distancia entre la madre y la paciente, ésta intentó repetir el patrón de relación de dependencia a través de los síntomas digestivos con el personal sanitario. Se le señaló la necesidad de que en las sesiones no hablase de la clínica digestiva, y que debía abordar otro tipo de cuestiones que le resultasen importantes (trabajo, pareja...), tras lo cual la paciente dejó de presentar tantas molestias digestivas y normalizó su hábito alimentario. Además fue capaz de elaborar ella misma un método de prevenir que la relación con la madre volviese a centrarse en la clínica digestiva manteniendo al principio de recibir el alta, contacto únicamente por vía telefónica. Las llamadas se realizaban en horario laboral, de modo que en cuanto la madre sacaba el tema de las molestias la paciente aludía a motivos laborales para interrumpir la conversación. De este modo tanto la madre como la hija evitaron retomar el patrón de relación existente previamente.

PO-303-CC**PSICOSIS INDUCIDA POR ISONIACINA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

M.J. Durán, R. Ramos y M. Páramo
Hospital de Conxo.

Introducción: El tratamiento con antituberculosos se ha asociado con la aparición de sintomatología psiquiátrica. El antituberculoso más frecuentemente implicado ha sido la isoniacida, con un amplio rango de alteraciones desde la ansiedad, depresión, hasta la psicosis franca con alucinaciones y delirios.

Objetivos: Se pretende profundizar en la incidencia de sintomatología psiquiátrica en pacientes a tratamiento con antituberculosos.

Metodología: Se describe el caso de un paciente de 19 años que ingresa en una Unidad de Agudos por primer episodio psicótico. Entre los antecedentes del paciente destacaba psicosis afectiva puerperal en su madre. A nivel somático había sufrido tuberculosis pulmonar por la que recibía tratamiento con isoniazida y rifampicina desde 7 meses antes. Acude por clínica de hiperactividad, disminución de horas de sueño, cambios comportamentales con interés inusual en lecturas científicas y metafísicas. En la exploración psicopatológica al ingreso se presenta verborreico, con asociaciones laxas, la atención dispersa, taquipsíquico y saltigrado, hipercinetíco, suspicaz y autorreferencial, con ideación de perjuicio y un delirio interpretativo de contenido múltiple. Se revisa literatura referente a psicosis y antibióticos.

Resultados: Se introduce tratamiento neuroléptico y se retira la isoniacida siendo la evolución muy favorable con remisión de la clínica maniforme y delirante. Recibe el diagnóstico de episodio maníaco con síntomas psicóticos (posible manía orgánica).

Conclusiones: Existen referencias en la literatura a la aparición de episodios maníacos con la introducción de isoniacida, en pacientes con o sin antecedentes psiquiátricos. En todos los casos descritos la clínica mejora tras la suspensión del tratamiento antibiótico. La evolución posterior de este caso confirmaría la participación etiológica de isoniacida en el cuadro.

PO-305-CC**LA DESPERSONALIZACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO**

A. Martínez, S. Castillo, S. Gasqué, M.T. Nascimento, P. Álvaro, P. Salgado y A. Bulbena
Parc de Salut Mar.

Introducción: La despersonalización engloba una serie de síntomas que serán difíciles de describir por parte del paciente así como de diagnosticar por el profesional. Las quejas serán ansiedad, pánico

co, depresión o clínica psicótica pasando por múltiples diagnósticos previos al correcto.

Objetivos: Nos proponemos, a través de un caso clínico, conocer los síntomas nucleares de éste trastorno con el fin de realizar un correcto diagnóstico.

Metodología: Mujer de 25 años que ingresa tras sobreingesta de 20 comprimidos de venlafaxina con fines autolíticos. En el último mes relata empeoramiento anímico siendo la queja nuclear la sensación de desconexión del entorno. Repite frases como "se me ha cerrado la cabeza, no pienso, no tengo noción del espacio ni de la gente, pierdo la información", "veo las cosas pero siento que ya no están".

Resultados: Durante el ingreso se objetiva fluctuación anímica modulada por el entorno, así como rasgos de personalidad Cluster B. Se orienta el caso como un trastorno de tipo disociativo, en el que destaca la 'despersonalización' sobre una base de personalidad disfuncional.

Conclusiones: Es característico de la despersonalización la gran dificultad para describir los síntomas, la sensación de estar desconectado del propio cuerpo, de las propias emociones y de la realidad. Los últimos estudios sobre etiopatogenia con RMNf objetivan respuesta inhibitoria sobre el sistema límbico por hiperactivación de la corteza prefrontal ventrolateral así como disminución de la respuesta autonómica, siendo el resultado final la atenuación del procesamiento de las emociones. Existen varios tratamientos parcialmente efectivos, aunque los resultados por el momento son pobres. Se han ensayado los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), quetiapina y naltrexona. Eficacia parcial con lamotrigina junto con ISRS y, si coexisten altos niveles de ansiedad, ISRS junto con clonazepam. Hay estudio donde la psicoterapia psicodinámica, terapia conductual y la hipnosis han obtenido resultados parcialmente eficaces.

PO-320-CC

VIH Y SALUD MENTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Iranzo, I. Martín, R. Bellot, I. Díaz, V. Saiz, L. Ros, N. Alberola, P. González y L. Livianos
Hospital La Fe.

Introducción: El VIH penetra de forma muy precoz en el SNC, y puede ser el responsable de complicaciones neuropsiquiátricas. La elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con VIH en estadio asintomático es debida a otros factores además de la presencia de la infección. El psiquiatra debe tener en cuenta que los fármacos antirretrovirales pueden tener efectos secundarios sobre el SNC e interaccionar con los psicofármacos.

Objetivos: Examinar las interacciones farmacológicas en pacientes en tratamiento por VIH, en relación a un caso clínico particular.

Metodología: Varón de 48 años que acude a PU remitido por el juzgado con autorización de ingreso para "valoración y tratamiento de posible trastorno mental, que está ocasionando problemas con el vecindario". VIH +, VHC +, consumo de cannabis y alcohol. Tratamiento Reyataz 2-0-0 y Kivexa 1-0-0. En la valoración del estado mental, llama la atención una ideación delirante de perjuicio centrada en el vecindario, muy estructurada y con repercusión afectiva y conductual manifiesta. Cada noche sale al balcón a gritar y amenazar a sus vecinos, por lo que éstos han optado por la vía judicial.

Resultados: Tras ingreso y pauta de 12 mg/día de risperidona, se logró encapsular la ideación delirante apreciándose distanciamiento afectivo. La RMN cerebral mostró hiperdensidades puntiformes en la sustancia blanca, focos de gliosis, posiblemente por la afectación de SNC por VIH.

Conclusiones: Para los psiquiatras es necesario conocer las posibles interacciones farmacológicas con los antirretrovirales y considerar los efectos del virus sobre el SNC y los factores biopsicosociales de esta población.

PO-431-CC

DESPUÉS DE LA CIRUGÍA ESTEREOTÁCTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Ros Cucurull, L. Prats Torres, M. Prat Galbany, A.M. Romaguera Piñol y A. Rodríguez Urrutia
Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Introducción: Los síntomas obsesivos compulsivos persisten en un 20-40% de los pacientes tratados de forma correcta, considerándose la psicocirugía un tratamiento útil en estos casos refractarios de TOC. Si bien, en los estudios de seguimiento, no se ha descrito un deterioro cognitivo claro, secundario a este tipo de tratamiento, en el caso descrito se ha objetivado sintomatología que recuerda los estados frontales de la demencia de Pick.

Objetivos: Valoración de un deterioro de características frontales, posiblemente secundario a cirugía estereotáctica.

Metodología: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Varón de 46 años, diagnosticado de trastorno obsesivo compulsivo. La enfermedad se muestra refractaria a todos los tratamientos, por lo que se realiza capsulotomía anterior bilateral y cingulotomía, en dos ocasiones, dada la recidiva, con evolución favorable de la sintomatología obsesiva, si bien aparecen episodios depresivos recurrentes con ideación autolítica y agitación, que llevan ingresos en agudos. Los últimos años, predomina una elevada impulsividad junto con auto/heteroagresividad, sobre un trasfondo disfórico y un deterioro cognitivo de características frontales evidenciado mediante estudios neuropsicológicos, por lo que realiza seguimiento de forma ambulatoria, con complicado manejo.

Conclusiones: Al intervenir sobre el lóbulo frontal, es de esperar la aparición de cambios de personalidad asociados a disfunción de dicho lóbulo, como impulsividad o apatía, por bloqueo de las conexiones córtico-límbicas, objetivado mediante SPECT. Dada la evolución sintomatológica del paciente, se plantea la duda de si se trata meramente de un efecto secundario del tratamiento o de una demencia de Pick de inicio temprano, donde la sintomatología obsesiva podría ser considerada como prodrómica.

PO-432-CC

PSICOSIS Y EPILEPSIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Castaño, C. Garnier, F. Portillo, S. Castillo, D. Córcoles, B. Diaz, L.M. Martín y A. Bulbena
CSM Sant Martí Sud.

Introducción: La presencia de síntomas psicóticos semejantes a los de la esquizofrenia en enfermos con epilepsia del lóbulo temporal se describió a mediados del siglo XX.

Objetivos: Revisar las manifestaciones psiquiátricas de un trastorno neurológico a través de un caso clínico.

Metodología: Presentación y análisis de un caso.

Resultados: Paciente varón de 30 años. Inicia mioclones a los 3 años y posteriores crisis epilépticas refractarias al tratamiento. A los 22 años se le realiza lobectomía temporal derecha sin mejoría. La morfología de las crisis ha ido variando a lo largo del tiempo, siendo las más recientes de ausencia. Realiza tratamiento con ácido valproico 100 mg/d y carbamazepina 800 mg/d. Simultáneamente, aparecen alucinaciones visuales en la infancia. Hacia los 14 años, coincidiendo con aumento de crisis epilépticas y su farmacoresistencia, empieza a presentar gran desconfianza y alucinaciones auditivas que se cronifican y posteriores fases con ideas delirantes megalomaníacas. Realiza tratamiento con ziprasidona 160 mg/d y dosis variables de haloperidol.

Conclusiones: Nuestro paciente presenta una psicosis crónica interictal. La prevalencia de esta psicosis en epilepticos oscila entre el 3 y el 7%. Responde a la medicación antipsicótica como las psicosis primarias y lleva un curso similar al de éstas e independiente del de las crisis epilépticas. La clínica suele ser indistinguible de las

primarias, si bien presentan con mayor frecuencia alucinaciones visuales y mayor inestabilidad diagnóstica, y suelen asociarse a más variadas morfologías de crisis epilépticas que las que presentan los individuos con epilepsia sin psicosis. Se deben tratar preferiblemente con antipsicóticos atípicos a las dosis más bajas posibles para minimizar el riesgo de crisis epilépticas.

PO-450-CC

DISOCIAZIÓN Y TRAUMA EN EL CONTEXTO DE MUNCHAUSEN POR PODERES

M.A. del Cerro Oñate, R. Consuegra Sánchez, L. Medina Garrido, M.R. Galiana Galiana y L. Martínez Franco
Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Introducción: Las clasificaciones internacionales definen el trastorno disociativo como “una alteración de funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. (DSM-IV) o “la pérdida total o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales” (CIE-10).

Objetivos: Aproximación diagnóstica y etiopatogénica en un caso de trastorno disociativo como defensa ante el trauma permanente en un contexto de síndrome de Munchausen por poderes (SMP)

Metodología: Descripción de un caso clínico que fue enviado a nuestra Unidad de Media Estancia y revisión de la literatura actual en relación a la teoría del trauma y a la actualización terminológica del SMP según la American Professional Society on the Abuse of Children.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 19 años que desde los 2 comienza itinerario de visitas reiteradas a diversos especialistas: pediatría, traumatología, rehabilitación, servicios de urgencias, psiquiatría... por diferentes motivos en un intento por parte de la madre de conseguir seguridad hospitalaria y atención médica. A los 12 años se genera una ideación fóbica a muerte por atragantamiento reactivo a trauma acaecido por la muerte de un vecino por ese motivo. Esto le lleva a una restricción alimentaria reduciendo la ingesta a bebidas isotónicas y a permanecer en cama más de un mes, lo cual derivó en ingreso hospitalario y gastrotomía con implantación de sonda. Más recientemente manifiesta crisis disociativas en forma de pseudocrisis parciales.

Conclusiones: Los síntomas disociativos puede considerarse que comparten una base traumática y un mecanismo neuropsicológico común disociativo, que se inicia generalmente en la infancia. Trauma y disociación están conectados. Diversos estudios avalan el papel fundamental del entorno familiar disfuncional, los límites confusos y patrones de apego fundamentalmente del tipo D (desorganizado/desorientado), en los que el niño tiende a construir múltiples modelos del yo que son incoherentes e incompatibles.

PO-492-CC

ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI-RECEPTOR NMDA: CAUSA DE PSICOSIS EN MUJERES JÓVENES

E. Marín Díaz-Guardamino, L. Larrañaga Rementería, I. Hervella Garcés, E. Bravo Barba, J. Bilbao Fernández, K. Araluce Iturbe, R. Segarra Echebarria e I. Eguiluz Uruchurtu
Hospital de Cruces.

Introducción: La encefalitis por NMDA-R es un trastorno neurológico subagudo que se ha descrito principalmente en niñas o mujeres jóvenes que debutan con un cuadro neuropsiquiátrico; es frecuente que la expresión clínica inicial se corresponda con cuadros psiquiátricos floridos, por lo que el conocimiento de dicha entidad diagnóstica por el especialista en Psiquiatría es fundamental para su sospecha y diagnóstico.

Objetivos: En el presente trabajo se presenta un caso clínico sobre una afección rara del sistema nervioso central cuyo debut clínico es con frecuencia psiquiátrico. Se pretende dar a conocer la existencia de este síndrome encefalítico -descrito por primera vez en 2007- y orientar al especialista en psiquiatría sobre los datos a tener en cuenta para un correcto diagnóstico diferencial con la psicosis primaria en mujeres adolescentes.

Metodología: Se presenta el caso de una mujer adolescente de 14 años que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por cuadro de alteración del comportamiento y síndrome alucinatorio auditivo con ideación delirante. Ante hallazgos de febrícula en días previos, leve alteración del lenguaje y leve confusión interviene el Servicio de Neurología. Se plantean diagnósticos diferenciales de tipo neurológico y psiquiátrico, realizándose múltiples exploraciones complementarias. Finalmente mediante pruebas de imagen cerebral funcionales (SPECT) y de laboratorio de autoinmunidad (AC anti-NMDAR) se llega al diagnóstico.

Resultados: La detección de anticuerpos anti NMDAR en suero marca el diagnóstico definitivo: Encefalitis por anticuerpos anti-receptor-NMDA El receptor N-metil-D-aspartato (NMDAR) es un canal catiónico ligando-dependiente para glutamato y glicina, con un importante papel en la transmisión sináptica y plasticidad neuronal. Su alteración ha sido descrita como posible mecanismo fisiopatológico en enfermedades como epilepsia, demencia y accidentes cerebrovasculares (por sobreactivación), y esquizofrenia (por infraactivación).

Conclusiones: La encefalitis por NMDA-R es un cuadro a tener en cuenta en niñas o mujeres jóvenes que debutan con un cuadro psiquiátrico agudo (ansiedad, alteración de conducta, ideación delirante de tipo paranoide, agitación psicomotriz intensa fluctuante que se alterna con estados catatoniformes, y clínica alucinatoria), en el momento de plantearse un diagnóstico diferencial entre psicosis primaria y secundaria a procesos orgánicos.

PO-512-CC

ALTERACIONES PSIQUETRICAS EN PACIENTES AFECTOS DE SÍNDROME DE BERARDINELLI-SEIP. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

J.L. Ballesteros, E. Fernández, A. Busaileh y M.I. Navarrete
Hospital Universitario San Cecilio.

Introducción: El síndrome de Berardinelli-Seip es una lipodistrofia congénita cuya incidencia estimada en nuestro medio es de 1 en 500000 habitantes. Se caracteriza por hipertrigliceridemia, resistencia a insulina, acathosis nigricans, fibromas cutáneos, catataras bilaterales, hepatopatía por depósito de grasa y miocardiopatía hipertrófica infiltrativa, así como presentar alteraciones psiquiátricas diversas, tales como retraso mental y cuadros psicóticos de características paranoides

Objetivos: Analizar las alteraciones psiquiátricas que conlleva este síndrome, así como su respuesta a tratamiento psicofarmacológico habitual.

Metodología: Valoración psicopatológica y posterior tratamiento en un paciente ingresado en UHSM-HUSC por empeoramiento de semiología depresiva y aparición de cuadro delirante de contenido paranoide, que posteriormente fue diagnosticado del síndrome de Berardinelli-Seip.

Resultados: Con tratamiento antidepresivo y antipsicótico habitual a bajas dosis, el paciente mejoró en pocos días de la clínica depresiva, desapareciendo la clínica psicótica y produciéndose una adecuada crítica de la misma.

Conclusiones: En este paciente afecto de lipodistrofia congénita tipo Berardinelli-Seip que presentaba alteraciones psiquiátricas, se produjo una rápida mejoría de la semiología psicopatológica con tratamiento adecuado. Ante la rareza del cuadro, carecemos de muestra suficiente para probar la validez externa de estos resultados, aunque por la escasez de literatura acerca de este grupo de síndromes y la

buenas respuestas en este caso, se recomienda el uso de terapia psico-farmacológica habitual en otros pacientes afectos de esta patología.

PO-527-CC

TOC ENMASCARADO: UN RETO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A. Lamas Basterra, S. López Quintela y B. Navarro Legorburu
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Introducción: El Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno mental caracterizado por la existencia de obsesiones y/o compulsiones recurrentes, que consumen al menos 1 hora diaria, siendo lo más frecuente la aparición conjunta de ambos fenómenos. Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos, egodistónicos, y generadores de ansiedad y malestar significativo. Por otro lado, las compulsiones son conductas manifiestas o actos mentales, a menudo repetitivos y estereotipados, dirigidos a reducir el malestar desencadenado por el pensamiento obsesivo.

Objetivo: Destacar la importancia, a través de un caso clínico, de realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre un TOC y otros cuadros del espectro ansioso y afectivo.

Metodología: Varón de 60 años derivado por Médico de Atención Primaria por trastorno mixto ansioso-depresivo y pluripatología orgánica de base, con escasa respuesta a tratamiento. Sin antecedentes personales psiquiátricos; madre y hermana con síndrome ansioso-depresivo. En relación a problemas sucesivos de salud y despido reciente, desarrolla un cuadro de 2 años de ánimo bajo progresivo, con empeoramiento claro hace 2 meses. Muestra fallos de concentración, desesperanza, preocupación somática con base fundada, rabia, sentimientos de "vengeanza", irritabilidad, tedio vital, ideas autolíticas puntuales en momentos de mayor ansiedad, no estructuradas, aumento de apetito secundario a ansiedad y dificultades para mantener el sueño.

Resultados: Inicialmente impresiona de trastorno adaptativo con clínica mixta ansioso-depresiva, pautándose fluoxetina a dosis bajas y sin respuesta. En posteriores consultas, tras exploraciones más exhaustivas, llaman la atención rasgos de perfeccionismo, fobia de impulsión y pensamientos obsesivos en relación a problemas somáticos (miedo constante a que le pase algo), obsesiones de orden y limpieza, duda, de contenido religioso y sexual, atención focalizada en fenómenos mentales, fusión pensamiento-acción (moral y probabilístico), pensamiento mágico. Responsabilidad inflada por seguridad propia y entorno familiar, ligada a estrategias mentales de evitación (ej. no pronunciar palabras relacionadas con daño a sí mismo o a su entorno) y neutralización (rezar de una manera correcta, contar, superponer imágenes...) como esfuerzo de control mental para evitación de acontecimientos vitales negativos y rituales como contar matrículas, rezar determinados Padrenuestros, etc. Se aumenta la fluoxetina a dosis adecuadas a un TOC y se inicia abordaje psicoterapéutico específico, siendo entonces la evolución favorable.

Conclusiones: El TOC puede pasarse por alto, o enmascararse por otras patologías, especialmente en los casos en que el pensamiento obsesivo es neutralizado en forma de rituales mentales. De ahí la importancia de realizar una correcta exploración para poder establecer un diagnóstico diferencial adecuado.

PO-542-CC

VIRUELA GENERALIZADA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ALUCINOSIS VISUAL DE CARÁCTER ORGÁNICO

J.D. Martínez Manjarrés, D. Gómez Pizarro, A. Agúndez Modino, C. Martínez Martínez, P. Blanco del Valle, M.D. Ortega, R. Gallardo Ponce y E. González de Pablos
Hospital San Luis.

Introducción: Las alucinaciones visuales son motivo de consulta psiquiátrica no infrecuente, habitualmente encontramos en su mayoría un trasfondo de tipo orgánico.

Objetivos: Descripción de un caso de alucinosis orgánica de causa vascular.

Metodología: Se trata de una paciente de 72 años, ingresada en el hospital, e intervenida de corazón (sustitución de prótesis mitral), que dos días después de dicha operación comienza a manifestar alucinaciones visuales, éstas consistían en imágenes de cuadros que representaban rostros conocidos, y en la visualización en la cara de la gente de erupciones que identificaba con la infección de la viruela. Esto no tenía repercusión afectiva, ni creaba angustia en la paciente, reconocía la irreabilidad de sus percepciones, y no existía delirio ni alteraciones del curso del pensamiento. La paciente se encontraba consciente, orientada y colaboraba enteramente con el equipo y con sus funciones intelectuales conservadas.

Resultados: En una primera instancia se la diagnosticó de cuadro confusional secundario a causa orgánica y se le pautó tratamiento con neurolépticos típicos. Al no ceder el cuadro, se realiza nueva consulta al equipo de psiquiatría. Se sospechó que la paciente no sufría de ningún tipo de afección psiquiátrica, ni de delirium de causa orgánica y se pidió interconsulta al servicio de oftalmología, neurología y un TAC cerebral. Este último puso en evidencia un infarto de tipo isquémico en la zona occipital del cerebro de la paciente, el cual justificaba el cuadro alucinatorio.

Conclusiones: Es de vital importancia realizar un buen diagnóstico diferencial multidisciplinar a la hora de abordar un caso de alucinaciones visuales.

PO-552-CC

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

A.I. Sánchez, C. Vila Navarro, R. Cuadrado López,
A. Espinosa González y A. García Chala
Hospital General Universitario de Valencia

Introducción: Se expone un caso de una mujer de 24 años, sin antecedentes psiquiátricos, que ingresa en una unidad de Psiquiatría por síndrome confusional agudo sin hallazgos en las pruebas complementarias en el área de urgencias. Previo al ingreso presenta soliloquios, discurso incoherente y episodio de desconexión del medio que alterna con períodos de agitación psicomotriz, lenguaje estereotipado y ecolalia.

Objetivos: Detección de enfermedades médicas con debut psicopatológico inicial. Exponer la relación entre cuadro confusional agudo y etiología orgánica subyacente en una paciente con encefalitis por VHS.

Metodología: Revisión de la historia clínica del paciente. Revisión bibliográfica del diagnóstico diferencial y etiológico del cuadro confusional agudo.

Resultados: se realizan como pruebas complementarias un proteinograma sin anomalías, autoanticuerpos antinucleares negativos, punción lumbar sin hallazgos patológicos con cultivo estéril, IRM cerebral inicial sin hallazgos con una IRM cerebral de control con hipointensidad en superficie cortical del lóbulo temporal izquierdo. EEG: trazado lentificado compatible con encefalopatía. Serología VHS IgM +, IgG 25,6. 2ª punción lumbar: líquido normal, serología en líquido negativa para CMV. PCR normal.

Conclusiones: La psicopatología producida por las enfermedades orgánicas en fase inicial puede ser indistinguible de los trastornos psiquiátricos primarios. Datos atípicos en la exploración inicial o una respuesta pobre al tratamiento puede hacer sospechar la organicidad del cuadro. Una exploración inicial con detección de estos datos y un diagnóstico diferencial adecuado con despistaje de patología médica son indispensables para un tratamiento y abordaje adecuados.

PO-594-CC

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RENDIMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES OBESOS TRAS UNA INTERVENCIÓN BARIÁTRICA. ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

T. Fernández

Hospital de la Princesa. Madrid.

Introducción: El aumento en la prevalencia y gravedad de la obesidad constituye una alarma social y pone de manifiesto que la obesidad mórbida es, en el momento actual, un problema de salud pública. La obesidad provoca múltiples enfermedades tanto en jóvenes como en adultos (enfermedad cardiovascular, metabólica, alteraciones del sueño, etc.) que tienen efectos nefastos en la morbilidad y la mortalidad y que requieren tratamientos agresivos y costosos, con frecuencia de por vida. El tratamiento quirúrgico de la obesidad, por sus elevados costes y posibles efectos colaterales, exige que los pacientes candidatos a cirugía bariátrica sean incorporados a un programa terapéutico específico y coordinado en equipos multidisciplinares. El protocolo de cirugía bariátrica del Hospital Universitario de La Princesa se realiza entre los Servicios de Nutrición, Endocrinología y Psiquiatría e incluye una amplia evaluación psicológica realizada en el Servicio de Psiquiatría.

Objetivos: Realizar un seguimiento de diferentes variables psicosociales en pacientes obesos en el marco de un programa de cirugía bariátrica. El objetivo del estudio es evaluar tanto la pérdida de peso y los cambios en los hábitos alimentarios, como los indicadores de bienestar psicológico y rendimiento psicosocial tras la intervención bariátrica.

Metodología: La muestra se componía de 124 pacientes (94 mujeres y 30 varones), con una edad media de 38,9 a. ($\pm 9,9$) y un rango de 18 a 60 años. El IMC medio era de 48,3 ($\pm 7,3$), con rango de 34,2 a 71,1. Se realizó un estudio longitudinal en dos fases: prequirúrgica y postquirúrgica. En la fase prequirúrgica, a todos los participantes se les aplicó el protocolo de evaluación que incluye una entrevista clínica, el registro de variables antropométricas, bioquímicas y nutricionales y la aplicación de una amplia batería de cuestionarios de conducta alimentaria y variables psicosociales. En la fase postquirúrgica, se realizó una entrevista semiestructurada en la que se encuestaba a los pacientes sobre los cambios en sus hábitos alimentarios y de actividad física, indicadores de bienestar psicológico y rendimiento psicosocial. El seguimiento postquirúrgico oscilaba entre 4 y 18 años.

Resultados: De la muestra evaluada inicialmente, fueron intervenidos 122 pacientes y 81 de ellos completaron la entrevista postquirúrgica. A excepción de un caso, todos los pacientes redujeron su peso, siendo estas pérdidas superiores al 20% del peso inicial en el 74,7%. La conducta de atracones ocasionales, presente en el 46,8% de los pacientes prequirúrgicos, permanecía en el 16% en la medida postquirúrgica. Un 46,9% iniciaron la práctica regular de ejercicio físico. En los indicadores de bienestar psicológico, el 58% mejoraron su autoestima y el 48,1% el ánimo y la vitalidad. Los cambios en el rendimiento psicosocial difirieron según las áreas: el 24,7% mejoró sus relaciones familiares, 30,9% sus relaciones sociales y sexuales, y 28,4% su situación laboral. El 64,2% experimentó mejoras significativas en la percepción de su estado de salud y 69,1% en su calidad de vida. El 85,2% de los pacientes se manifestó satisfecho con la intervención e informó que la recomendaría a un allegado.

Conclusiones: La cirugía bariátrica es un tratamiento eficaz para la reducción de peso en pacientes con obesidad. Ésta debe ir acompañada de una educación en hábitos alimentarios saludables, mantenidos de por vida. La pérdida significativa de peso se asocia con mejoras en la autoestima, mejoras en el estado de ánimo y en el rendimiento psicosocial. Los pacientes sometidos a cirugía experimentan mejoras en la percepción de su estado de salud y en su calidad de vida y manifiestan un elevado grado de satisfacción con el proceso terapéutico recibido en el marco de un programa de cirugía bariátrica.

PO-636-CC

SÍNDROME DE ASPERGER EN LA EDAD ADULTA: A PROPÓSITO DE UN CASOI. López, I. Sánchez, D. Gómez, A.I. Ledo, L. García y C. Franch
Hospital Clínico Universitario.

Introducción: L. Kanner describió un patrón de conducta común en niños que llamó "autismo infantil precoz". En 1944, H. Asperger presentó un número de casos cuyas características clínicas recordaban a las descritas como autismo por Kanner (1943). La descripción de Asperger difería en que el lenguaje estaba menos afectado. Describe la conducta de niños caracterizada por ser socialmente extraños, tener un lenguaje pedante, con intereses restringidos, alteración de la psicomotricidad e inteligencia normal. No será hasta el año 1995 (DSM-IV) cuando se hablará de trastornos generalizados del desarrollo, ocupando el Síndrome de Asperger una categoría diagnóstica propia y diferenciada del autismo. El diagnóstico en la edad adulta se complica dada la gran cantidad de sintomatología asociada.

Objetivos: Revisar la sintomatología y la probabilidad de diagnóstico del síndrome de Asperger en la edad adulta. Demostrando que, a pesar de ser un trastorno de inicio en la infancia, el diagnóstico puede no realizarse hasta etapas posteriores. Son múltiples los factores que pueden contribuir a una detección tardía o incorrecta.

Metodología: Se presenta el caso clínico de un adulto diagnosticado de síndrome de Asperger en edad tardía. Se realiza exploraciones complementarias y revisión patobiográfica del paciente con el fin de identificar aspectos determinantes en su evolución que puedan facilitar el diagnóstico, de acuerdo con la clasificación DSM-IV TR.

Resultados: Se trata de un varón de 28 años de edad que acude a consulta de psiquiatría con un cortejo sintomático consistente en importante angustia, ideación autolítica y retramiento social, tras un periodo de estancia en Holanda. Niega consumo de tóxicos. Realiza estudios de Doctorado en Matemáticas que ha tenido que posponer dado el cuadro clínico incapacitante que presenta. Desde su infancia presenta dificultades de interacción entre iguales, interés por temas restringidos que abarcan desde la atracción por la mitología griega a la seducción por las monedas del mundo. Presenta un lenguaje pedante y repetitivo con dificultad para expresar emociones. Su angustia se traduce en importante irritabilidad y comportamientos extravagantes como esconderse debajo de la cama. Se realiza pruebas psicológicas, entre ellas escala WAIS-III obteniendo un coeficiente total de 142. El tratamiento consiste en psicoterapia cognitivo conductual y farmacológica con neurolépticos y antidepresivos.

Conclusiones: Es escasa la bibliografía y los artículos que hacen referencia al síndrome de Asperger en la edad madura. Dado que el SA comparte un elevado número de síntomas con otros cuadros psiquiátricos más prevalentes, podría estar siendo diagnosticado erróneamente. Existe el riesgo de que aparezcan problemas de estados de ánimo y es bastante probable que muchos de ellos acudan a consulta de profesionales de la salud mental que, no pueden reconocer la verdadera naturaleza de sus problemas de desarrollo. Recientes investigaciones señalan que este síndrome presenta una prevalencia mayor de la esperada. Sería necesario desarrollar técnicas de análisis y evaluación específicas que permitan valorar la historia personal, la sintomatología actual, las áreas de dificultad y el comportamiento adaptativo para contribuir a un diagnóstico temprano. No obstante, es cada vez mayor el interés por este tipo de patología y su desarrollo en edades más avanzadas.

PO-643-CC

TOC Y MANÍA. A PROPÓSITO DE UN CASOM. Prat, A. Ochoa y M. Guillamón
CASM Benito Menni.

Introducción: Existe una tendencia a estudiar y tratar las enfermedades de nuestros pacientes de una forma aislada, como si las

otras enfermedades que éste pudiera presentar, tanto somáticas como psiquiátricas, junto con los tratamientos que esté realizando, no afectaran a la enfermedad principal que queremos tratar. No obstante, es lógico pensar que sí se influyen y se modifican. Es importante, por tanto, estudiar bien las concomitancias que pueden darse en nuestros enfermos para así saber manejarlas correctamente y entender bien su evolución.

Objetivos: Revisar la concomitancia de TOC con TAB; tanto su frecuencia como, sobre todo, la influencia en la evolución y el pronóstico, respecto a la presentación única de cada una de estas enfermedades.

Metodología: Búsqueda bibliográfica y revisión completa de un caso clínico. Se trata de un varón de 30 años diagnosticado de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) a los 15 años. A los 17 años presentó varios episodios maníacos, la mayoría de ellos sin consumo de tóxicos, por lo que se añadió al anterior diagnóstico el de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB). En último ingreso por descompensación maníaca se observó una mejoría de la clínica obsesivo-compulsiva en estado maníaco, refiriendo el paciente una exacerbación de la misma en el anterior episodio depresivo.

Resultados: En la evolución histórica de nuestro paciente, y de acuerdo con lo que hemos encontrado en la bibliografía, se objetivó una clara mejoría de la clínica obsesivo-compulsiva en episodios de manía con un empeoramiento en fase depresiva. Asimismo, se constató una mejoría global de la sintomatología de TOC a lo largo de los años, haciéndose subclínica e interfiriendo poco en la vida del paciente en la actualidad.

Conclusiones: No es infrecuente la comorbilidad de TOC y Manía (un 21% de pacientes con TOC presentan a su vez TAB). Esta comorbilidad afecta tanto en la evolución como en el pronóstico de una y otra enfermedad respecto a cuando se presentan por separado. Así, para el TOC concomitar con TAB supone una mejor evolución (con inicio más gradual, clínica globalmente menos severa...); mientras que para el TAB concomitar con TOC conlleva un empeoramiento del pronóstico global (con mayor ideación de muerte y suicidio consumado...), además del riesgo de viraje con ISRS, que nunca se deben dar como primera opción en TOC bipolar. Aún queda mucho para estudiar sobre la relación entre estas enfermedades, pero está claro que existe esta concomitancia, que las 2 enfermedades se influyen la una a la otra de diferente manera y que todo esto se tiene que tener en cuenta a la hora de tratar y manejar a un paciente que las presente.

PO-741-CC

¡MENUDA MILONGA!

D. Gutiérrez Castillo, A.M. González Moreno y F. Medina Rosas
Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Hospital Marítimo de Torremolinos. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Caso clínico: Mostramos el caso clínico de un paciente de 57 años diagnosticado de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos que ingresa en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) por descompensación psicopatológica y desnutrición severa. El paciente había agotado, durante décadas, múltiples recursos, primero de carácter familiar (ya no mantenía contacto con ningún miembro de su familia), posteriormente caritativos y actualmente asistenciales, llegando a rechazarlos, últimamente, de forma voluntaria e incluso presentando conductas agresivas hacia el personal sanitario y de los servicios sociales que intentan ayudarle a domicilio. Durante la hospitalización y a través de la observación de la conducta (enormemente variable a lo largo del día), la poca congruencia semiológica (mejoría llamativa vespertina al interrelacionarse y participar de forma activa en las actividades grupales, tomando iniciativas, como el canto y baile de tangos), el cotejo de información con otros dispositivos sociales y sanitarios y con sus amigos, hizo que fuera diagnosticado de trastorno de personalidad, descartando, evidentemente, el diagnóstico de síndrome de Cotard “diurno”, también el de simulación y dudas en el

de trastorno facticio, que sólo la evolución lo determinará. Nos sirve este caso para hacer ver, que pese a contar con multitud de recursos y apoyos, el paciente no mostraba ninguna adherencia, manifestando sólo el deseo de permanecer institucionalizado y cuidado. Tuvo varios ingresos más y sólo cuando dispuso de un recurso residencial fue posible la eficacia definitiva del tratamiento, evitando el hospitalismo, y los reingresos, en UHSM. Desde diciembre de 2006 a 1 de julio de 2009 había ingresado en cinco ocasiones y a fecha de hoy desconocemos si sigue experimentando la “transformación vespertina” que anuló el diagnóstico de síndrome de Cotard, pero al menos no ha sido necesario su reingreso, siendo atendido en su recurso adecuado.

PO-742-CC

¡DETENTE, DETENTE, ABRAHAM!

A. Rodríguez-Rosado, D. Gutiérrez Castillo

y A.M. González Moreno

Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Hospital Marítimo de Torremolinos. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente con síntomas psicóticos en seguimiento habitual en su Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) desde hace ocho años y que precisa ingreso en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM). Durante este periodo la paciente ocultó continuamente, y también en las consultas ambulatorias periódicas, toda sintomatología, agravada el último año, aunque se intuía por parte del USMC y la familia. En el último año inicia un consumo importante de alcohol (por mandato de las alucinaciones auditivas) presentando trastornos de conducta, motivo por el que fue ingresada en la UHSM. Es aquí donde se evidencia el largo periodo de productividad psicótica de la paciente, verbalizando, por fin, que padecía alucinaciones auditivas imperativas en torno a asesinar a su hija de cinco años y a su padre, con los que convivía. Consideramos este caso demostrativo de que una buena adherencia al tratamiento no asegura la eficacia del mismo, especialmente en aquellos pacientes con ocultación de la psicopatología y ausencia de trastornos de conducta. Aun con la experiencia de años de trabajo, la dificultad que tenemos todos ante los pacientes psicóticos es lograr la confianza y la colaboración, tanto de ellos como de sus familias, dado que la adherencia es sólo un factor de buen pronóstico, pero que en ocasiones no es suficiente. La “espira” de casos tan complicados emerge cuando aparecen los trastornos conductuales, conllevando, como en el caso que presentamos, un importante riesgo potencial.

PO-743-CC

LOS GRITOS DEL SILENCIO

A.M. González Moreno, D. Gutiérrez Castillo

y R. Sánchez Caballero

Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Hospital Marítimo de Torremolinos. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Caso clínico: Mujer de 58 años, casada, con tres hijos, una de sus hijas con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada de buena evolución, presentó como antecedentes personales un episodio depresivo con treinta años y un ingreso de unos veinte días, hace dos años y medio, por trastornos conductuales en el medio laboral y familiar. Perdió su trabajo, en casa llevaba algo menos de una semana presentando conductas extrañas, emitiendo sonidos guturales, ininteligibles, comunicándose únicamente por señas, no queriendo abrir los ojos y tapándose los oídos, con insomnio severo y sin apenas comer ni beber. Reingresa a finales de enero de 2010 por caída en la vía pública, es trasladada al servicio de urgencias donde se procede a su ingreso, tras valoración orgánica, en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM), por desnutrición severa con perdida ponderal de 70 a 44 kilogramos, anemia ferropénica notable, insomnio, mu-

tismo de dos años y medio de evolución, posible ideación delirante de perjuicio, probables alucinaciones auditivas y pensamiento mágico (consulta a numerosos videntes). La paciente mostraba nula colaboración, tan sólo se comunicaba escribiendo en papel. La familia nos manifiesta la impotencia que han sentido en todo este tiempo dado que aunque consultaron con su médico de atención primaria, este tardó alrededor de un año en visitar el domicilio y acudieron en alguna ocasión a la Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia, quedando ésta pendiente de recontactar para revisión. Llegando a sospechar en varias ocasiones en el servicio de urgencias de trastorno conversivo y no viendo la necesidad de su ingreso. Actualmente se sospecha de posible trastorno de base psicótica, de dos años y medio de evolución, aunque no verbaliza ni se le aprecia sintomatología alguna, admitiendo que es una promesa que vence en próximas fechas. Este es un caso que nos debe hacer meditar, por un lado, sobre las dificultades de las familias para llegar a dar a conocer casos como el que presentamos, contando con la problemática que pueda tener el propio núcleo familiar. Por otro lado, que al no haber trastornos conductuales con alteración psicomotriz ni agresividad en el contexto clásico, conlleva el gran riesgo de las conductas silenciosas que en realidad son los “gritos del silencio” de los pacientes y de sus familias.